

TRATAMIENTO DE EXPOSICION EN UN CASO DE FOBIA SEXUAL

Salvador Alario Bataller

Clínica Psico-Médica (Valencia)

Avda. Blasco Ibáñez, 126 - 6º, 28a, 46022 Valencia

In this article the treatment of a sexual phobia with exposure is described. The patient a 30-year woman, reported a serious trouble from his sexual phobia. The treatment consisted in in-vivo exposure therapy. At the end of 3 years follow-up, the patient was much improved, with an important reduction in target problems and on overall adaption.

Key words: sexual phobia, exposure, treatment, sexology.

1. INTRODUCCIÓN

La literatura especializada sobre los trastornos de ansiedad es muy abundante, especialmente sobre fobias, obsesiones y rituales compulsivos. De un modo especial los trastornos fóbicos han recibido gran atención por parte de los investigadores. Sin embargo, no sucede lo mismo en las fobias sexuales (Silvestry y Suárez, 1989). A pesar de ello, en clínica se observan frecuentemente muchos trastornos sexuales en los que destaca la evitación fóbica de situaciones sexuales y la aversión hacia determinados aspectos del sexo (Crenshaw, 1985).

En términos generales, una fobia se define como un miedo intenso, desproporcionado al estímulo que lo evoca, irracional y que produce la evitación del estímulo que lo desencadena (Marks, 1969). En su momento, se propusieron definiciones más modernas que también contemplaban el área sexual, tratando de adaptarlas a los criterios diagnósticos del DSM-III, ahora ya el DSM-IV. De esta forma, una fobia sexual se caracterizaría por la presencia de un miedo intenso, ilógico y persistente, junto a la evitación activa y sistemática de las situaciones y objetos sexuales. El paciente reconoce que su miedo es ilógico, por cuanto se desencadena ante una situación que objetivamente no es fuente de peligro, es decir, que es desproporcionado considerando racionalmente el riesgo real de la situación u objeto sexual. La evitación fóbica representa una fuente importante de malestar para

el sujeto y deteriora grandemente la capacidad para vivir normalmente, afectando a la vida profesional, familiar, social, etc. (Kaplan, 1988). Como en cualquier fobia, también en la sexual aparecen los rasgos de una emoción patológica: la presencia del miedo, la evitación de las situaciones evocadoras y la pérdida de reforzadores (reales y potenciales) que el problema conlleva (por ejemplo y en este caso, el placer sexual, reforzador *princeps*).

Por otra parte, se han señalado similitudes y diferencias entre la aversión sexual y las fobias específicas. Entre las diferencias cabe resaltar que las aversiones implican emociones no son ni el miedo ni la ansiedad y que sus estímulos evocadores son normalmente diferentes de los que son inherentes a las fobias (Marks, 1987). Las sensaciones que se asocian con las aversiones suelen ser nauseas o “dentera” .

Para otros autores, la situación es distinta. Por ejemplo, para Kaplan (1988) fobias y aversiones sexuales no serían categorías diagnósticas diferentes y, por tanto, el tratamiento sería idéntico en ambos casos. La aversión sexual no sería más que una modalidad de ansiedad sexual caracterizada por reacciones autónomas particularmente intensas, normalmente más severas que las propias de las fobias.

En el DSM-III no aparecen las fobias sexuales junto a los demás trastornos de ansiedad, ni tampoco en el apartado de los trastornos psicosexuales (A.P.A., 1980). En el manual revisado (A.P.A., 1987), dentro de los trastornos del deseo sexual se incluye la categoría de trastorno por aversión al sexo. Este queda definido como un malestar extremo persistente que conduce a la evitación de todos o casi todos los contactos sexuales de tipo genital. La misma situación es la que encontramos en la actual versión de este manual diagnóstico, el DSM-IV (A.P.A, 1994) (tabla 1).

Tabla 1 - Criterios diagnósticos para el trastorno por aversión al sexo según el DSM-IV.
1. Aversión extrema y persistente o recidivante hacia, y con evitación de todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.
2. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
3. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual).

Clínicamente, las fobias sexuales pueden presentarse frecuentemente sin ir acompañadas de otra sintomatología especial, clasificándose entonces como una fobia específica. No obstante, se han comunicado casos en los cuales se ha observado crisis de ansiedad o ataques de pánico espontáneos, al igual que sucede en la agorafobia (cfr., Silvestry y Suárez, 1989).

Los objetos fóbico-sexuales, pueden ser totales o específicos, tal como se muestra en la tabla 2, donde aparecen los objetos y situaciones más comunes.

**Tabla 2.- Fobias sexuales totales o específicas
(modificado de Silvestry y Suárez, 1989).**

1. Los genitales del sexo opuesto.
2. Los propios genitales.
3. El intento de penetración.
4. La penetración.
5. La actividad heterosexual.
6. La actividad homosexual.
7. Las fantasías sexuales.
8. Las secreciones y olores de los genitales (semen, fluido vaginal)
9. El fracaso sexual (miedo intenso a la ejecución del coito).
10. Excitación sexual (temor a perder el control).
11. El tocamiento de los senos.
12. Los besos.
13. El rechazo o menosprecio a la otra parte.
14. Desvestirse (que le vean a uno desnudo o desnuda).
15. Ver la desnudez del compañero o compañera.
16. El sexo bucogenital (activo o pasivo).
17. El coito anal (con penetración o intentos de penetración).
18. El placer.
19. El placer erótico.
20. La vinculación o compromiso emocional con la pareja.
21. La intimidad y fidelidad.
22. El enamorarse y ser correspondido.

Tanto para las fobias como para las aversiones, la técnica terapéutica más recomendable es la *exposición* (v., Marks, 1987). Básicamente consiste en el afrontamiento de los estímulos fóbicos hasta que la ansiedad disminuya de manera significativa, impidiendo las conductas de escape y de evitación. A la postre, se trata de suprimir el reforzamiento negativo de las conductas de evitación y de escape, de habituar al sujeto a los estímulos fóbicos (objetivamente inofensivos) y promover una modificación de las expectativas temerosas que la persona tiene ante los objetos y situaciones temidas. Un exámen más detallado de esta técnica puede encontrarse en Marks (1987), Alario Bataller (1993, 1995) y Echeburúa y Corral (1996).

Dicho resumidamente, para optimizar el resultado en la exposición, deben producirse una serie de eventos. A saber:

1. Eliminar la evitación y/o escape.
2. Racionalizar (atribuir los síntomas a sus justas causas).
3. Aprender de la experiencia (pruebas de la realidad/retroalimentación).
4. Estar motivado.

Todo ello añadido a los requisitos inherentes a una exposición efectiva:

1. Ha de ser larga (a grandes rasgos, la ansiedad comienza a decrecer a los 50').
2. Debe haber, por parte del sujeto, implicación emocional y, en relación con ello, cercenar con la evitación, motora o cognitiva.
3. Las exposiciones han de ser frecuentes. La exposición es una técnica muy estudiada y contrastada en sus resultados y, por todo ello precisamente, sus perspectivas de futuro son excelentes.

2. ESTUDIO DE CASO

2.1. Sujeto

Gertrud era una mujer de 30 años, casada y madre de 1 niña. Acudió a consulta a causa de una hipocondriasis; este trastorno se le diagnosticó por primera vez 10 años atrás, si bien ella recordaba que ya desde niña se sentía excesivamente preocupada por su salud y que era demasiado temerosa con respecto a ciertas enfermedades, especialmente el cáncer de mama. El problema se agravó con el tema del SIDA y, según ella, el temor a adquirir esta enfermedad hizo que evitase, cada vez más, las relaciones sexuales con su marido. La evitación sexual, según dijo, ya existía previamente y su ansiedad por el coito la había ocultado desde siempre. Ciertamente, ella informó que el desagrado y la evitación de los temas sexuales eran independientes de su hipocondría, pues ya antes de su casamiento ella sentía un rechazo excesivo respecto a este aspecto de la vida humana. De hecho, anteriormente a experimentar el agravamiento de la problemática hipocondríaca, ya trataba de evitar muchas veces el contacto sexual con su marido y, cuando ello no era posible, trataba de simular satisfacción y orgasmo, a despecho de que para ella fuera un auténtico calvario el realizar el coito.

Su esposo estuvo de acuerdo con ello en lo referente a la escasa frecuencia habitual de sus relaciones sexuales, que apenas se daban una vez al mes, antes de que Gertrud sufriera el agravamiento de su trastorno hipocondríaco. Cuando éste se produjo, aumentó la ansiedad fóbica sexual, que no desapareció cuando la hipocondriasis fue revertida. En ese momento la fobia sexual persistía severa y mereció atención específica para ser eliminada. En realidad, hacía casi dos años que no mantenían relaciones sexuales. La razón de ello estribaba en que se había intensificado la ansiedad durante el coito y que ésta sólo en parte tenía que ver con el temor irracional a la infección por el virus del SIDA. Por lo demás, había aumentado la somatización de la respuesta fóbica, concretada en taquicardia, vertiginosidad, disnea y parestesias, principalmente. Las relaciones sexuales se convirtieron en un auténtico trauma y acabó evitándolas por completo.

No se detectó ningún acontecimiento traumático que pudiese explicitar la génesis de la fobia sexual, más allá de una sensibilización progresiva (condicionamiento aversivo múltiple y acumulativo) y de un incremento en la

vulnerabilidad psicofisiológica consecuente a la intensificación del cuadro hipocondríaco, que abocó en el agravamiento del trastorno fóbico preexistente. Como cabía esperar, en el presente caso clínico, la fobia sexual persistió una vez solucionado el problema somatoforme.

2.2. Evaluación y tratamiento

La evaluación se realizó mediante las entrevistas y las medidas de autoinforme, pero nos ceñiremos solamente a la fobia sexual, soslayando los contenidos propios de la evaluación y tratamiento de la hipocondriasis.

En lo que respecta a la fobia sexual, la fuente evocadora principal de ansiedad y de evitación era el coito. Acto continuo, se explicó a la pareja la naturaleza del problema a tratar y del tratamiento a seguir, elaborándose consecuentemente una jerarquía de situaciones sexuales evocadoras de ansiedad (tabla 3). En el inicio de la intervención, se establecieron los objetivos a conseguir, que consistían en lograr un coito normal y, por ende, eliminar la ansiedad y la conducta de evitación.

Siguiendo el plan establecido, Gertrud fue superando la totalidad de las situaciones descritas en la tabla 3. Únicamente se adelantaba en la jerarquía cuando nuestra paciente toleraba y realizaba relajadamente la actividad precedente, es decir, con 0 “USAs” (unidades subjetivas de ansiedad). En las fobias sexuales, como en otros tipos de problemas ansiosos, la disminución significativa de la

Tabla 3.- Jerarquía de situaciones de exposición in vivo.

Situación	ansiedad subjetiva
01. Permanecer abrazada a él en el sofá	40
02. Que me acaricie la cara y me bese en la misma	45
03. Un beso sin lengua	50
04. Un beso con lengua	55
05. En el sofá, que me toque los senos por encima de la ropa	60
06. Idem 5, pero los muslos por encima de la ropa	65
07. En la cama, con ropa interior, abrazados	65
08. Idem 7, pero con los torsos desnudos	70
09. Completamente desnudos y abrazados	75
10. Idem 9, más besos sin lengua	80
11. Idem 9, más besos con lengua	85
12. Que él toque mis piernas desnudas	85
13. Que toque mis senos	90
14. Que toque mis nalgas	90
15. Que chupe mis senos	95
16. Que me acaricie los genitales	100
17. Tocarle el pene por encima del calzoncillo	100
18. Tocar su pene directamente	100
19. Que practique conmigo el sexo oral	100
20. El coito, cualquiera su forma	100

ansiedad inicial es el criterio adecuado para progresar en la terapia de exposición (Alario Bataller, 1995).

El tratamiento para la fobia sexual tuvo una duración total de 3 meses, si bien la solución completa del caso llevó más tiempo, bastante más tiempo a decir verdad. La terapia de conducta es pronta en sus resultados, pero no tan rápida como algunos creen y muchos desearían. El trato con los pacientes y la solución de sus problemas con eficacia, nos hacen ver con escepticismo esos informes de “clínica ficción”, donde un caso crónico se soluciona en apenas unas semanas y, duendecillos del fortunio mediante, se mantienen incólumes los resultados inclusive en largos controles de seguimiento. La luz ha de quebrar las tinieblas, pero no debe cegar.

2.3. Resultados

Los resultados fueron muy satisfactorios y se consiguieron, en lo relativo a la fobia sexual, en un plazo breve, tres meses exactamente. Con ello tuvo mucho que ver la frecuencia de las sesiones de exposición, condición muy importante para la consecución de resultados positivos, pues la pareja se expuso diariamente -y en más de una ocasión cada día- a las situaciones ansiógenas, venciendo las dificultades inmanentes a una técnica terapéutica que, en sus primeras fases de aplicación, suele ser en cierto grado aversiva, bastante aversiva a decir verdad si se siguen los cánones de una terapia de exposición bien realizada, donde la inducción de niveles moderados en el inicio del tratamiento hará que este sea más breve y mejor en sus logros, si lo comparamos con una exposición demasiado jerarquizada.

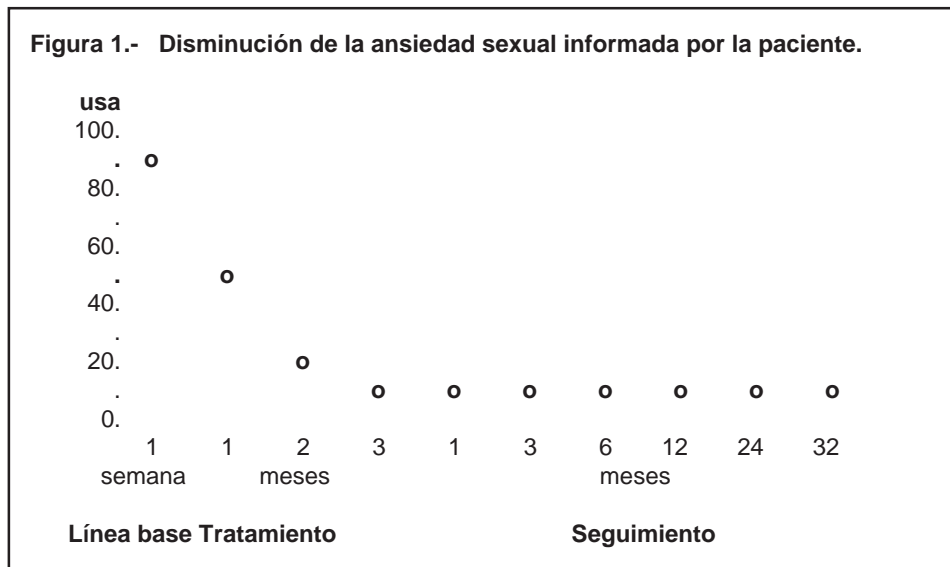
Como consecuencias o metas terapéuticas se establecieron la eliminación de la ansiedad sexual, de la conducta de evitación y, consiguientemente, la realización del coito con tranquilidad, todo lo cual se logró con el programa de intervención diseñado para el caso. Además, los resultados se mantenían al mes, 3 meses, 6 meses, al año, a los dos y a los tres años del alta (figura 1).

3. DISCUSIÓN

En el caso clínico que acabamos de explicar no se evidencia un evento traumático y, por lo tanto, no es posible constatar claramente un proceso de condicionamiento generatriz (clásico), pero sí resulta evidente el proceso de condicionamiento existente en el mantenimiento del trastorno (de tipo instrumental). Se ha constatado, por lo demás, que no son frecuentes los casos en que esto es tan evidente (v., Marks, 1987).

La terapia de exposición *in vivo* es la técnica con mayor apoyo empírico en el tratamiento de los trastornos fóbicos y, en este caso, como en muchos otros donde la ansiedad se encuentra presente, la prevención de respuesta se centraría en la abstención de la evitación de las situaciones evocadoras (cfr., Marks, 1987), no en los rituales, como sucede en el trastorno obsesivo-compulsivo. La terapia de exposición se está aplicando actualmente con eficacia a muchos trastornos diferentes de los que clásicamente han recibido atención por parte de los terapeutas

conductuales, de lo cual el autor ya dejó constancia en el pasado (Alario Bataller, 1993, 1995, 1996).



In this article the treatment of a sexual phobia with exposure is described. The patient a 30-year woman, reported a serious trouble from his sexual phobia. The treatment consisted in in-vivo exposure therapy. At the end of 3 years follow-up, the patient was much improved, with an important reduction in target problems and on overall adaption.

Key words: sexual phobia, exposure, treatment, sexology.

Referencias bibliográficas:

- ALARIO BATALLER, S. (1993). *Estudio de casos en terapia del comportamiento*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1995). *Estudio de casos en sexología*. Valencia: Promolibro.
- ALARIO BATALLER, S. (1996). *Muerte y neurosis*. Valencia: Promolibro.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, third edition. Washington, D.C.: A.P.A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, third edition revised. Washington D.C.: A.P.A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition. Washington D.C.: A.P.A.

- CRENSHAW, T. (1985). The sexual aversion syndrome. *Journal of sex and marital therapy*, 11, 4.
- ECHEBURA, E. & DE CORRAL, P. (1996). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F. Labrador *et al.* (Eds.), *Manual de técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- KAPLAN, H. (1988). *Disfunciones sexuales*. Barcelona: Grijalbo.
- MARKS, I.M. (1964). *Fears and phobias*. London: Heiman.
- MARKS, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- SILVESTRY, L. & ALONSO, S. (1989). Fobias y aversiones sexuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 11/12, 35-41